

**Core Participant Merged Guardian Intake Form  
Children Under 3  
(SPANISH)**

**Nombre del programa:**

**Fecha:**

<u>Primer</u> nombre del <b>niño(a)</b> :	<u>Segundo</u> nombre del <b>niño(a)</b> : <i>(opcional)</i>	<u>Primer</u> nombre del <b>Tutor(a) o Guardián</b> :	<u>Segundo</u> nombre del <b>Tutor(a) o Guardián</b> : <i>(opcional)</i>
<u>Apellido</u> del <b>niño(a)</b> :	<u>Primer</u> nombre de la madre del <b>niño(a)</b> :	<u>Apellido</u> del <b>Tutor(a) o Guardián</b> :	<u>Primer</u> nombre de la madre del <b>Tutor(a) o Guardián</b> :
Fecha de nacimiento del <b>niño(a)</b> : mes / día / año	Sexo del <b>niño(a)</b> : <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento del <b>Tutor(a) o Guardián</b> : mes / día / año	Sexo del <b>Tutor(a) o Guardián(a)</b> : <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<u>Apellido de soltera</u> de la madre del <b>niño(a)</b> : <i>(opcional)</i>		<u>Apellido de soltera</u> del <b>Tutor(a) o Guardián</b> : <i>(opcional)</i>	
<b>Lugar de nacimiento del niño(a):</b> <input type="checkbox"/> Si nació en California, especifique el <u>condado</u> : _____ <input type="checkbox"/> Si nació en otro estado de los Estados Unidos especifique el <u>estado</u> : _____ <input type="checkbox"/> Si nació en otro país, especifique el <u>país</u> : _____		<b>Lugar de nacimiento del Tutor(a) o Guardián:</b> <input type="checkbox"/> Si nació en California, especifique el <u>condado</u> : _____ <input type="checkbox"/> Si nació en otro estado de los Estados Unidos especifique el <u>estado</u> : _____ <input type="checkbox"/> Si nació en otro país, especifique el <u>país</u> : _____	
<b>Nota: Si el cliente no quiere especificar lugar de nacimiento, usted deberá anotar "desconocido" bajo cualquier categoría.</b>		<b>Nota: Si el cliente no quiere especificar lugar de nacimiento, usted deberá anotar "desconocido" bajo cualquier categoría.</b>	
<b>Fecha de datos recolectados:</b> mes / día / año		<b>Fecha de consentimiento:</b> mes / día / año	
Fecha del primer servicio del <b>niño(a)</b> : mes / día / año		Fecha de primer servicio del <b>Tutor(a) o Guardián(a)</b> : mes / día / año	
¿Añadir al <b>niño(a)</b> a grupo(s) de servicio? <i>(opcional)</i> <input type="checkbox"/> Si la respuesta es <b>SÍ</b> , especifique:		¿Añadir al <b>Tutor(a) o Guardián</b> a grupo(s) de servicio? <i>(opcional)</i> <input type="checkbox"/> Si la respuesta es <b>SÍ</b> , especifique:	
<b>Grupo Étnico del niño(a)</b> (marque <b>todos</b> los que aplican): <input type="checkbox"/> <b>Nativo de Alaska o Indio Americano</b> ➤ <b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> <b>Negro/Afro-Americano</b> ➤ <b>Hispano/Latino</b> <input type="checkbox"/> Mexicano, México-Americano, Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino ➤ <b>Isleño del Pacífico</b> <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Guaymeño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> <b>Blanco</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro:</b> especifique _____ <input type="checkbox"/> <b>Desconocido</b>		<b>Grupo Étnico del Tutor(a) o Guardián</b> (marque <b>todos</b> los que aplican): <input type="checkbox"/> <b>Nativo de Alaska o Indio Americano</b> ➤ <b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> <b>Negro/Afro-Americano</b> ➤ <b>Hispano/Latino</b> <input type="checkbox"/> Mexicano, México-Americano, Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino ➤ <b>Isleño del Pacífico</b> <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Guaymeño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> <b>Blanco</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro:</b> especifique _____ <input type="checkbox"/> <b>Desconocido</b>	

**Core Participant Merged Guardian Intake Form  
Children Under 3  
(SPANISH)**

**¿Qué idioma habla la familia más frecuentemente en casa?** (marque solamente **UN** cuadro):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Principalmente inglés   | <input type="checkbox"/> Principalmente otro idioma (indique el otro idioma en la sección de abajo) |
| <input type="checkbox"/> Inglés e igualmente otro idioma (indique el otro idioma en la sección de abajo) | <input type="checkbox"/> Desconocido  |

**¿Si el idioma es otro diferente al inglés, qué idioma es?** (marque solamente **UN** cuadro):

- |   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cantonés                           | <input type="checkbox"/> Asirio              | <input type="checkbox"/> Griego          | <input type="checkbox"/> Mandarín (Putonghua) | <input type="checkbox"/> Swahili                  |
| <input type="checkbox"/> Hmong                              | <input type="checkbox"/> Bosnio              | <input type="checkbox"/> Gujarati        | <input type="checkbox"/> Marshallese          | <input type="checkbox"/> Taiwanés                 |
| <input type="checkbox"/> Coreano                            | <input type="checkbox"/> Birmano             | <input type="checkbox"/> Hebreo          | <input type="checkbox"/> Mien                 | <input type="checkbox"/> Tailandés                |
| <input type="checkbox"/> Español                            | <input type="checkbox"/> Cebuano (Visayo)    | <input type="checkbox"/> Hindi           | <input type="checkbox"/> Mixteco              | <input type="checkbox"/> Tigrinya                 |
| <input type="checkbox"/> Tagalog (Filipino)                 | <input type="checkbox"/> Caldeo              | <input type="checkbox"/> Húngaro         | <input type="checkbox"/> Pashto               | <input type="checkbox"/> Toishanés                |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                         | <input type="checkbox"/> Chamorro (Guaymeño) | <input type="checkbox"/> Ilocano         | <input type="checkbox"/> Polaco               | <input type="checkbox"/> Tonganés                 |
| <input type="checkbox"/> Otro (continúe con la lista larga) | <input type="checkbox"/> Chaozhou (Chaochow) | <input type="checkbox"/> Indonesio       | <input type="checkbox"/> Portugués            | <input type="checkbox"/> Turco                    |
| <input type="checkbox"/> Albanés                            | <input type="checkbox"/> Croata              | <input type="checkbox"/> Italiano        | <input type="checkbox"/> Punjabi              | <input type="checkbox"/> Ucraniano                |
| <input type="checkbox"/> Amárico (Etiope)                   | <input type="checkbox"/> Holandés            | <input type="checkbox"/> Japonés         | <input type="checkbox"/> Rumano               | <input type="checkbox"/> Urdu                     |
| <input type="checkbox"/> Árabe                              | <input type="checkbox"/> Farsi (Persa)       | <input type="checkbox"/> Khmer (Camboya) | <input type="checkbox"/> Ruso                 | <input type="checkbox"/> Otro idioma, especifique |
| <input type="checkbox"/> Armenio                            | <input type="checkbox"/> Francés             | <input type="checkbox"/> Khmu            | <input type="checkbox"/> Samoano              |   |
|   | <input type="checkbox"/> Alemán              | <input type="checkbox"/> Kurdo           | <input type="checkbox"/> Serbo-Croatian       |   |
|   |  | <input type="checkbox"/> Latu            | <input type="checkbox"/> Somali               |   |
|   |  | <input type="checkbox"/> Laosiano        |   | <input type="checkbox"/> Desconocido              |

**Dirección** (calle y número): *(opcional)*

**Ciudad, Estado:** *(opcional)*

**Código Postal:**

**Teléfono:** *(opcional)*  
(       )

**Core Participant Merged Guardian Intake Form  
Children Under 3  
(SPANISH)**

Por favor marque (X) en cada pregunta como se indica.

		Libras	Kilogramos	Gramos
1. ¿Cuánto peso su niño(a) al nacer?	<input type="checkbox"/>	3 lb. 4 oz. o menos	Menos de 1.5	Menos de 1500
	<input type="checkbox"/>	3 lb. 5 oz. a 5 lb. 7 oz.	1.5 – 2.4	1500 a 2499
	<input type="checkbox"/>	5 lb. 8 oz. a 7 lb. 15 oz.	2.5 – 3.5	2500 a 3599
	<input type="checkbox"/>	8 lb. o más	3.6 o más	3600 o más
	<input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar			
2a. (Preguntar solo a la madre): ¿Cuántos meses de embarazo llevaba usted cuando recibió por primera vez cuidado prenatal (vió a un doctor) para este embarazo?	____ Número de meses <input type="checkbox"/> No vió a un doctor durante el embarazo <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar			
2b. (Preguntar solo a la madre): Durante su embarazo, ¿Cuántas veces visito usted a su doctor para cuidado prenatal?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces <input type="checkbox"/> 6 veces <input type="checkbox"/> 7 o más veces <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar			
2c. (Preguntar solo a la madre): ¿Su niño(a) nació más de 2 semanas antes de la fecha anticipada de nacimiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Siga con la pregunta 2d <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar → Siga con la pregunta 2d			
2d. (Preguntar solo a la madre): ¿Cuántos días o semanas se adelantó el parto?	Número: ____ ____ <input type="checkbox"/> Semanas o <input type="checkbox"/> Días			
3. (Preguntar solo a la madre): ¿Qué edad tenía usted cuando nació su niño(a)?	____ ____ Años de edad <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar			
4. (Preguntar solo a la madre): ¿Desde que nació su niño(a), su médico u otro profesional médico le ha hecho preguntas acerca de qué tan seguido usted se ha sentido deprimida o sin ánimo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar			
5a. (Preguntar solo a la madre): ¿Le dio pecho a su niño(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Siga con la pregunta 5b <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar → Siga con la pregunta 5b			
5b. (Preguntar solo a la madre): ¿Qué edad tenía su niño(a) cuando dejó de darle pecho?	____ . ____ Número de meses cuando dejó de darle pecho  <input type="checkbox"/> Todavía le da pecho <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar			

**Core Participant Merged Guardian Intake Form  
Children Under 3  
(SPANISH)**

6. (Preguntar solo a la <b>madre</b> ): ¿Fumó usted en algún momento cuando estuvo embarazada de su niño(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
7. ¿Tiene su niño(a) actualmente algún tipo de seguro médico, tal como seguro a través de un HMO, una compañía de seguros privada, Medi-Cal, Healthy Families, o a través de algún otro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
7b. ¿Cual tipo de seguro médico tiene actualmente su niño(a)?	<input type="checkbox"/> Sin seguro médico <input type="checkbox"/> Seguro comprado directamente por los padres, tutor o guardián <input type="checkbox"/> Seguro comprado o dado a través de un trabajo <input type="checkbox"/> Seguro médico militar/CHAMPUS/VA <input type="checkbox"/> Medi-Cal (cobertura completa/global) <input type="checkbox"/> Medi-Cal (de emergencia) <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Healthy Kids/California Kids/ o un programa similar <input type="checkbox"/> California Children's Services (CCS) <input type="checkbox"/> Programa Child Health and Disability Prevention <input type="checkbox"/> Access for Infants and Mothers (AIM) <input type="checkbox"/> Indian Health Services <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
8a. ¿Hay algún lugar, que no sea una sala de emergencias, donde su niño(a) generalmente va cuando esta enfermo/a o usted necesita consejo acerca de la salud de él/ella?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
8b. ¿Hay un doctor o persona médica al cual usted generalmente lleva a su niño(a) para sus chequeos generales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
9. ¿Cuántas veces durante el año pasado su niño(a) recibió un chequeo médico, es decir, un chequeo general cuando no estaba enfermo(a) o lesionado(a)?	<input type="checkbox"/> 0 visitas <input type="checkbox"/> 1 visita <input type="checkbox"/> 2 visitas <input type="checkbox"/> 3 visitas <input type="checkbox"/> 4 visitas <input type="checkbox"/> 5 visitas <input type="checkbox"/> 6 o más visitas <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
10a. ¿Alguna vez el doctor o personal médico de su niño(a) le dijo que estaba haciendo - -lo que los doctores llaman- - una "evaluación del desarrollo" de su niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
10b. ¿El doctor o el personal médico de su niño(a) alguna vez hizo que el/ella recogiera objetos pequeños o apilara bloques o lanzara una pelota o reconociera diferentes colores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
11a. ¿Le ha dicho alguna vez un doctor u otro profesional de la salud, del distrito escolar, o del centro regional que su niño(a) tiene un retraso en su desarrollo? Un retraso en el desarrollo significa que el niño(a) es más lento física o mentalmente que otros niños de su misma edad.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar

**Core Participant Merged Guardian Intake Form  
Children Under 3  
(SPANISH)**

<p>11b. ¿Le ha dicho alguna vez un doctor u otro profesional de la salud, del distrito escolar, o del centro regional que su niño(a) tiene algún tipo de las siguientes discapacidades o necesidades especiales? <i>(Marque todos los que apliquen.)</i></p>	<input type="checkbox"/> Retardado mental <input type="checkbox"/> En riesgo <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática <input type="checkbox"/> Impedimento auditivo <input type="checkbox"/> Sordera <input type="checkbox"/> Impedimento visual (incluyendo ceguera) <input type="checkbox"/> Sordera-ceguera <input type="checkbox"/> Impedimento en el habla o lenguaje <input type="checkbox"/> Perturbaciones emocionales <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje específica <input type="checkbox"/> Impedimento ortopédico <input type="checkbox"/> Algún otro impedimento de salud <input type="checkbox"/> Discapacidades múltiples <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar				
<p>11c. ¿Tiene su niño(a) o ha tenido alguna vez un Plan Familiar de Servicio Individualizado (algunas veces conocido como "IFSP") o un Plan Educativo Individualizado (algunas veces conocido como "IEP")?</p>	<input type="checkbox"/> Sí—Actualmente <input type="checkbox"/> Sí—En el pasado, pero no actualmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar				
<p>11d. Algunas veces los padres tienen preocupaciones acerca de sus niño(a)s ¿Está usted preocupado/a mucho, poco o nada acerca de<sup>1</sup>:</p>	<p align="center"><i>Mucho</i></p>	<p align="center"><i>Poco</i></p>	<p align="center"><i>Ninguna/ Nada</i></p>	<p align="center"><i>N/A</i></p>	<p align="center"><i>No sabe/no quiso contestar</i></p>
<p>a) ¿Cómo habla o hace sonidos verbales su niño(a)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>b) ¿Cómo ve su niño(a)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>c) ¿Cómo oye su niño(a)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>d) ¿Qué tan bien entiende su niño(a) lo que usted dice?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>e) ¿Cómo utiliza su niño(a) sus manos y dedos para hacer cosas?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>f) ¿Cómo usa su niño(a) sus brazos y piernas?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>g) ¿Cómo está aprendiendo su niño(a) las habilidades pre-escolares o habilidades escolares?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>h) ¿Cómo se relaciona su niño(a) con otros?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>i) ¿Cómo se comporta su niño(a)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>j) ¿Cómo su niño(a) aprende a hacer cosas por sí mismo(a)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>k) ¿Cómo puede hacer su niño(a) las mismas cosas que hacen otros niños de su edad?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>l) ¿El bienestar emocional de su niño(a)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>13a. ¿Cuánto pesa actualmente su niño(a) (sin zapatos)?</p>	<p align="center">___ ___ . ___ <input type="checkbox"/> Libras o <input type="checkbox"/> Kilogramos</p> <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar				

<sup>1</sup> Nota: Los elementos en la pregunta 11d están tomados de la encuesta Evaluación del Estado de Desarrollo de los Padres (PEDS) y no tiene una aplicación clínica inmediata. Los usuarios interesados en la detección temprana necesitarán comprar la prueba actual ((www.pedstest.com). Los elementos de la encuesta tienen derechos de autor y no pueden ser utilizados sin el permiso expreso del autor (Frances.P.Glascoe@Vanderbilt.edu).

**Core Participant Merged Guardian Intake Form  
Children Under 3  
(SPANISH)**

13b. ¿Cuál es la estatura de su niño(a) actualmente?	___ Pies o ___ ___ Pulgadas ___ ___ Centímetros <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
15. ¿Tiene seguro dental su niño(a)?	<input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
16. ¿Cuándo fue la última vez que su niño(a) visitó a un dentista o higienista dental para el cuidado de sus dientes?	<input type="checkbox"/> <i>Niño(a) menor de 12 meses de edad</i> <input type="checkbox"/> <i>Hace menos de un año</i> <input type="checkbox"/> <i>Hace un año pero menos de 2 años</i> <input type="checkbox"/> <i>Hace 2 años o más</i> <input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
19a. ¿En una semana típica, con qué frecuencia usted o cualquier otro miembro de la familia canta canciones con su niño(a)?	<input type="checkbox"/> <i>Niño(a) menor de 12 meses de edad</i> <input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Una o dos veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>De 3 a 6 veces a la semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i> <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
19b. ¿En una semana típica, con qué frecuencia usted o cualquier otro miembro de la familia le lee o muestra libros con ilustraciones a su niño(a)?	<input type="checkbox"/> <i>Niño(a) menor de 12 meses de edad</i> <input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Una o dos veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>De 3 a 6 veces a la semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i> <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
19c. ¿En una semana típica, con qué frecuencia usted o cualquier otro miembro de la familia le cuenta cuentos a su niño(a)?	<input type="checkbox"/> <i>Niño(a) menor de 12 meses de edad</i> <input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Una o dos veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>De 3 a 6 veces a la semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i> <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
20. ¿Alguien en su hogar fuma?	<input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
21. ¿Cuántas veces usted y su familia se han mudado o cambiado de vivienda en los últimos 12 meses?	___ <i>Número de veces</i> <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
22. ¿Cuál de estas frases acerca de la comida describe mejor a su hogar en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> <i>Tenemos suficiente para comer y el tipo de alimento que queremos.</i> <input type="checkbox"/> <i>Tenemos suficiente para comer pero no siempre el tipo de alimento que queremos.</i> <input type="checkbox"/> <i>Algunas veces no tenemos suficiente para comer.</i> <input type="checkbox"/> <i>Frecuentemente no tenemos suficiente para comer.</i> <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
23. ¿Tiene usted/la madre del niño(a) un diploma de escuela secundaria (superior, preparatoria) o un GED?	<input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>

**Core Participant Merged Guardian Intake Form  
Children Under 3  
(SPANISH)**

<p>24a. ¿Cuántos miembros de la familia hay en su hogar, incluyendo a usted?</p>	<p>_____ <i>Número de miembros de la familia en el hogar</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i></p>
<p>24b. ¿Puede decirnos cuánto dinero más o menos (ingresos) su familia recibió en los pasados 12 meses? Incluya dinero de cualquier fuente que pueda recordar.</p>	<p>\$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar → Pregunte 24c.</i></p>
<p>24c. No necesitamos saber exactamente pero, ¿cuál de las siguientes categorías mejor describe los ingresos totales de su familia en los últimos 12 meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i></p> <p><input type="checkbox"/> Menos de \$10,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$10,000 – menos de \$20,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$20,000 – menos de \$30,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$30,000 – menos de \$40,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$40,000 – menos de \$50,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$50,000 – menos de \$75,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$75,000 o más</p>
<p>25. En general, ¿diría usted que la salud de su niño(a) es...?</p>	<p><input type="checkbox"/> Excelente</p> <p><input type="checkbox"/> Muy buena</p> <p><input type="checkbox"/> Buena</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Mala</p> <p><input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i></p>